新型コロナウィルス PCR(RT-PCR)検査（自費）問診票

ふりがな
名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　生年月日　　年　　月　　日

住所　〒　　-＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　-　　-　　（※日中つながる番号をご記載ください）

下記質問に☑でお答えください。

①検査理由
□無症状だが PCR 検査をしてみたい　□帰省する前に検査しておきたい
□企業、団体として PCR 検査が必要　□陰性証明書が必要（出張・海外渡航など）
□その他（　　）

②現在、明らかな発熱や咳、息苦しさなどの感冒症状がない　□はい　□いいえ

③現在、新型コロナウィルス感染者ではない　□はい　□いいえ

④現在、新型コロナウィルス感染者の濃厚接触者ではない　□はい　□いいえ

⑤陰性証明書　□不要
□必要　→　当院書式でよろしいでしょうか？
□はい　→　□日本語　もしくは　□英語
□いいえ
→　渡航先や会社から指示された用紙や既成の用紙をお持ちの場合は受付にご提示下さい。

※当院書式；日本語・英語とも 1 通 2200 円（税込）
※ご持参の書式；日本語・英語とも 1 通 3200 円（税込）
※現在のところ、当クリニックでは厚労省・経産省が設ける検査証明機関(TeCOT)には登録されておりません。

⑥検査で陽性だった場合にクリニックから保健所に報告することに同意します　□はい
□いいえ

⑦検査結果の通知について
□最短での通知を希望（平日午前中の検査の場合のみ当日夕方に結果通知可能）
□翌日以降での通知でいい
（通常は翌日午前に結果通知。 ただし、水曜午後・土曜の検査の場合は 2 日後の午前に通知）

⑧当院を知ったきっかけは何ですか？　（　　）